

Santé scolaire

Autorisation de distribuer un médicament à l'école

Nom et prénom: _____
(Titulaire de l'autorité parentale)

Responsable de: _____
(Nom de l'enfant) (Classe)

autorise l'enseignant(e) ou tout intervenant(e) responsable de mon enfant à l'école, à distribuer le médicament suivant:

Médicament: _____

Posologie: _____

Heure : _____

Médicament à donner de : _____ à _____
Date Date

À donner lors de :

Sorties éducatives : oui non

Journées pédagogiques : oui non

Informations validées sur l'étiquette du flacon (obligatoire)

Prescrit par le Dr: _____ Téléphone: _____

Effets secondaires: _____

Signature du titulaire de l'autorité parentale

Date

Signature de la direction d'école

Date

Réserver à l'école: distribuer le médicament en classe au service de garde

Le médicament est conservé : _____